

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES  
**SOLICITUD PARA LA INSCRIPCIÓN  
A SERVICIOS DE EXENCIÓN**  
WAIVER ENROLLMENT REQUEST

NOMBRE DEL CLIENTE		NÚMERO DE DDD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE LA DERIVACIÓN
--------------------	--	---------------	---------------------	------------------------

REGIÓN	ADMINISTRADOR DEL CASO	<input type="checkbox"/> Derivación a una exención distinta	<input type="checkbox"/> Nueva derivación a una exención
--------	------------------------	---	--

**AUTORIDAD LEGAL**

- WAC 388-845-0045 "Cuando haya cupo para agregar personas a una exención, ¿cómo determina la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD) quién será agregado?"
- WAC 388-845-0050 "¿Cómo solicito la inscripción en una exención?"
- WAC 388-845-0070 "¿Qué determina si necesito el nivel de atención de una Instalación de Cuidado Intermitente para Personas con Retraso Mental (ICF/MR)?"

**SOLICITUD PARA UN CAMBIO DE ASIGNACIÓN DE EXENCIÓN (Para ser llenado solamente por clientes actuales en exenciones)**

ASIGNACIÓN DE EXENCIÓN ACTUAL	ASIGNACIÓN SOLICITADA
<input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Básica Adicional <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Básica Adicional <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> CP

**PRIORIDAD SEGÚN WAC 388-845-0045 (Llenar para todas las solicitudes)**

- Escoja solamente una prioridad (1, 2, 3 o N/C)
1. El individuo participa actualmente en una exención pero requiere de una exención distinta para poder satisfacer sus necesidades.
2. Poblaciones de prioridad: (escoja uno de los siguientes)
- Miembro de un grupo identificado y financiado por la legislatura.
  - En riesgo inmediato de admisión en una Instalación de Cuidado Intermitente para Personas con Retraso Mental (ICF/MR) debido a necesidades médicas y de seguridad que no se están satisfaciendo.
  - Representa un riesgo hacia la comunidad.
  - Actualmente recibe servicios por medio de fondos estatales solamente.
  - Personas bajo una exención de HCBS que brinda servicios excediendo lo necesario para satisfacer sus necesidades de Salud y Bienestar identificadas.
  - Personas que estaban anteriormente bajo una exención de HCBS desde abril de 2004 y perdieron la elegibilidad para la exención conforme WAC 388-845-0060(9)
3. Necesita servicios de exención Básica para continuar viviendo en el hogar de su familia.
- N/C No satisface ninguno de los criterios anteriormente nombrados.

**ELEGIBILIDAD PARA UNA INSTALACIÓN DE CUIDADO INTERMITENTE PARA PERSONAS CON RETRASO MENTAL (ICF/MR) SEGÚN EL REGLAMENTO WAC 388-845-0050 (Llene para todas las solicitudes)**

- Se determinó que satisface el nivel de necesidad para una Instalación de Cuidado Intermitente para Personas con Retraso Mental (ICF/MR) según el artículo 15-168 ó 15-170A.
- No satisface el nivel de necesidad para una Instalación de Cuidado Intermitente para Personas con Retraso Mental (ICF/MR) ¡PARE! NO CONTINÚESE NO ES ELEGIBLE PARA UNA INSTALACIÓN DE CUIDADO INTERMITENTE PARA PERSONAS CON RETRASO MENTAL (ICF/MR)

**IDENTIFIQUE EL CRITERIO ESPECÍFICO PARA LA EXENCIÓN QUE REFLEJE LAS NECESIDADES DE ESTE INDIVIDUO (Llene para todas las solicitudes)**

<b>Exención Básica</b>	<input type="checkbox"/> Vive con la familia o en su propio hogar. <input type="checkbox"/> Cuenta con un sistema de apoyo natural firme. <input type="checkbox"/> La habilidad de la familia/cuidador para continuar proporcionándole cuidado al individuo está en peligro, pero pudiera continuar con la adición de servicios. <input type="checkbox"/> No necesita servicios residenciales fuera del hogar.
<b>Exención Básica Adicional</b>	<input type="checkbox"/> Vive con la familia o en otro entorno con asistencia pero se encuentra en <u>alto</u> riesgo de colocación fuera del hogar o pérdida de la situación de vivienda actual. <input type="checkbox"/> Necesita vivir en un hogar familiar para adultos o en una instalación de cuidado residencial para adultos. <input type="checkbox"/> Requiere más de \$6,500 por año en servicios de programas diurnos.
<b>Exención Central</b>	<input type="checkbox"/> Requiere servicios de habilitación residencial fuera del hogar de los padres. <p style="text-align: center;"><u>O bien</u></p> <input type="checkbox"/> Vive en el hogar de los padres/familia, pero se encuentra en riesgo <u>inmediato</u> de una colocación fuera del hogar sin servicios adicionales que pudieran ser proporcionados por la Exención Básica Adicional.
<b>Exención de Protección en la Comunidad</b>	<input type="checkbox"/> Vive o se está mudando a la comunidad; y <input type="checkbox"/> Requiere supervisión del personal en el lugar las 24 horas para garantizar la seguridad de otros; y, <input type="checkbox"/> Requiere de terapias u otros servicios de habilitación; y <input type="checkbox"/> Satisface el criterio de la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD) para "protección comunitaria."

**PLAZO DE RESPUESTA RECOMENDADO DE LA OFICINA CENTRAL (El plazo refleja la necesidad crítica para los servicios de exención)**

- Emergente (<24 hrs.) El cliente está en riesgo inmediato y no cuenta con ayuda disponible.**
- Dentro de 30 días. Perderá la asistencia actual necesaria dentro de 30 días.**
- No es urgente.
- Otro (explique):

**SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin Hogar  | <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico   |
| <input type="checkbox"/> Hogar propio sin asistencia paga o no retribuida     | <input type="checkbox"/> Establecimiento médico  |
| <input type="checkbox"/> Hogar propio con asistencia residencial insuficiente | <input type="checkbox"/> Cárcel/establecimiento correccional                                   |
| <input type="checkbox"/> Menor que vive con padre/familia/tutor               | <input type="checkbox"/> Menor de 22 años en un hogar suplente/en grupo no perteneciente a DDD |
| <input type="checkbox"/> Adulto que vive con padres mayores (65 o más)        | <input type="checkbox"/> Otro:   |
| <input type="checkbox"/> Adulto que no vive con parientes                     |  |

**ADMINISTRADOR REGIONAL**

- Se recomienda aprobación
- Se recomienda denegación

Comentarios:

PERSONA DESIGNADA O ADMINISTRADOR REGIONAL

FECHA

**APROBACIÓN DE LA OFICINA CENTRAL**

- Aprobado
- Denegado

Comentarios:

GERENTE DEL PROGRAMA DE EXENCIÓN O PERSONA DESIGNADA

FECHA

**NEW WAIVER REFERRAL - FOR CENTRAL OFFICE USE ONLY (PARA EL USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA CENTRAL)**

**RECOMMENDED WAIVER ASSIGNMENT**

- Basic     Basic Plus     Core     CP

## Instructions

1. Complete this form when requesting waiver assignment for an individual who is:
  - In a DDD waiver but needs the services of a different waiver;
  - Requesting to be on a waiver after March 31, 2004.
2. The referral date for requests after March 31, 2004 is the date of the request.
3. For persons who requested to be on the CAP waiver prior to April 1, 2004, use their original request date as the referral date.
4. Determine if the person meets one of the priority populations. If the person meets one of the listed priority consideration populations, determine if the person has ICF/MR level of need per the 15-168 or 15-170A form.
5. Proceed to complete the form only if the person meets both conditions.
6. Provide the essential information about the individual's living circumstances and emergent needs.
7. If the person is found ineligible to have their waiver enrollment request entered into the database, consult with your designated regional staff person to review the information and confirm the decision of ineligibility.
8. Once the Regional Administrator has reviewed the request, and either gives their approval or denial, he/she would sign the form and retain a copy, as evidence that their signature is on file.
9. Notification:
  - A. For persons whose waiver enrollment requests are documented in a statewide database:
    - (i) The person/family will be notified by a department approved letter;
    - (ii) The case manager will be notified by e-mail.
  - B. For persons determined ineligible to be placed on the database:
    - (i) The case manager is responsible to send the HCBS Waiver Enrollment Request Notice of Denial form (DSHS 15-283).
    - (ii) The form includes appeal rights to this denial based on WAC 388-845-0050.
    - (iii) The client/family can appeal per the following rules:
      - WAC 388-845-0045 contains the criteria for "priority considerations".
      - WAC 388-845-0070; 0075; 0080; 0085; 0090; 0095 is the criteria for determining ICF/MR level of care.